

MODULO RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

MODULO PROPOSTA PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE

Contraente				
Indirizzo				
Cap	Città	Prov.		
Tel. Abitazione		Cellulare		
E-mail		Fax		
Cod. Fiscale				
Partita IVA				
Data di nascita		Luogo di nascita		Prov.
Iscritto all'Ordine di			Iscrizione Nr.	
Specializzazione:				
Azienda				
Indirizzo				
Cap	Città	Prov.		
Tel.		Fax		
Attività				
Retroattività:	<input type="checkbox"/> 10 anni	<input type="checkbox"/> illimitata		
Massimale:				
<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00		<input type="checkbox"/> € 2.000.000,00		
<input type="checkbox"/> € 3.000.000,00		<input type="checkbox"/> € 5.000.000,00		
Effetto		Scadenza		
<input type="checkbox"/> Desidero ricevere una FAD con crediti ECM per l'anno in corso – sanita.academy				
IMPORTO TOTALE		€		

Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:

- Bonifico bancario:** Banco BPM C/C intestato
ASSIMEDICI srl IBAN: IT 91 H 05034 01672 0000 0000 2500 - Causale: nome e cognome
- Carta di Credito:** VISA MASTERCARD

NR. |__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|-|__|__|__|__|_|
 Scad. |__|__|_|/|__|__|_| CVV*|__|__|_|

*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

Nel rispetto della vigente normativa: Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione _____, il ____ | ____ | _____



Il Proponente

Cod. Partner _____ Intermediario _____

dal 1928... una storia che continua...

MODULO DI ADESIONE

PER LA SOLA RACCOLTA DATI AI FINI DELL'OTTENIMENTO DI UN PREVENTIVO

R.C. PROFESSIONALE ESERCENTI LA PROFESSIONE SANITARIA

È condizione essenziale per una corretta preventivazione rispondere a tutte le domande contenute nel questionario

*Campi obbligatori

Intermediario Assicurativo	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ragione Sociale *
----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

- A. L'Assicurato è una persona fisica (Scheda 2)
- B. L'Assicurato è una ditta individuale (Scheda 2)
- C. Il Contraente è uno Studio Associato
- Associati componenti lo Studio N. __
- Associati componenti lo Studio che desiderano contrarre questa polizza N. ____
(Scheda 1 con i dati dello Studio - Scheda 2 con i dati dell'Assicurato
COMPILARE IL MODULO DI ADESIONE PER CIASCUN ASSOCIATO CHE DESIDERA CONTRARRE QUESTA POLIZZA)

CONTRAENTE - Scheda 1

*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Ragione Sociale	*	
Codice fiscale	*	
P. IVA	*	
Data e luogo di nascita	*	/ /
Indirizzo residenza	*	
C.A.P. - Località - Provincia	*	
Indirizzo e-mail - PEC	*	
N. Telefonico - N. Fax - N. Cellulare	*	

ASSICURATO - Scheda 2

*Campi obbligatori

Cognome e Nome	*	
Codice fiscale	*	
Data e luogo di nascita	*	/ /
Indirizzo residenza	*	
C.A.P. - Località - Provincia	*	
Indirizzo e-mail - PEC	*	
N. Telefonico - N. Fax - N. Cellulare	*	
Iscritto all'Ordine di ... / N° Iscrizione	*	/
Data Iscrizione all'Ordine	*	/ /
Data Conseguimento Diploma di Specializzazione	*	/ /
Data di decorrenza: un anno dalle ore 24:00 del	*	/ /

<p>PRECEDENTI COPERTURE:</p> <p>In continuità con precedente copertura: <input type="checkbox"/></p> <p>Senza continuità ma la precedente copertura prevedeva una garanzia postuma: <input type="checkbox"/> Società Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma.</p> <p>Senza continuità e senza postuma * <input type="checkbox"/></p> <p>Non ero assicurato * <input type="checkbox"/></p>	<p>Compagnia Assicuratrice dell'annualità precedente e data scadenza polizza:</p> <p>_____</p> <p>Compagnia Assicuratrice - data scadenza polizza - data scadenza postuma:</p> <p>_____</p>
<p>CREDITI FORMATIVI (triennio formativo precedente):</p> <p>NON RICHIESTI PER GLI SPECIALIZZANDI</p>	<p>I crediti formativi sono stati conseguiti nel triennio formativo precedente in conformità delle vigenti previsioni normative? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> 100%</p> <p><input type="checkbox"/> dal 66% al 99%</p> <p><input type="checkbox"/> dal 46% al 65%</p> <p><input type="checkbox"/> inferiore a 46%</p>
<p>Copertura di "Primo Rischio" <input type="checkbox"/></p> <p>Copertura di "Secondo Rischio" <input type="checkbox"/></p>	<p>MASSIMALE:</p> <p><input type="checkbox"/> €1.000.000,00 <input type="checkbox"/> €2.000.000,00 <input type="checkbox"/> €3.000.000,00 <input type="checkbox"/> €5.000.000,00*</p> <p>* Per l'opzione massima Euro 5.000.000,00 rivolgersi all'Agenzia</p> <p>Servizio di Emergenza Sanitaria (D. Lgs. 229/99 - Ex servizio 118)</p> <p><input type="checkbox"/> La copertura del Servizio di Emergenza Sanitaria è inclusa senza sovra-premio nel presupposto essenziale che sussista la relativa qualifica al tempo della stipula. Il conseguimento della qualifica in un tempo successivo dovrà essere comunicato all'Assicuratore che ne prenderà atto con appendice al contratto.</p>
<p>Retroattività richiesta</p> <p>Copertura "Direttore Sanitario": SI <input type="checkbox"/> Direzione sanitaria compresa se richiesta in fase di emissione con esclusione delle Strutture Sanitarie R.S.A, R.A., Case di Riposo</p>	<p><input type="checkbox"/> 10 ANNI <input type="checkbox"/> ILLIMITATA</p> <p>La copertura di Direttore Sanitario è inclusa senza sovra premio nel presupposto essenziale che sussista la qualifica di Direttore Sanitario al tempo della stipula. Il conseguimento della qualifica in un tempo successivo dovrà essere comunicato all'Assicuratore che ne prenderà atto con appendice al contratto.</p>

SPECIALITÀ MEDICHE ASSICURABILI

<input type="checkbox"/> Allergologo ed Immunologia Clinica per Allergologo	<input type="checkbox"/> Musicista Terapista
<input type="checkbox"/> Amministratore di Struttura Sanitaria	<input type="checkbox"/> Naturopata / Nutripuntore
<input type="checkbox"/> Analista al microscopio	<input type="checkbox"/> Nefrologo senza attività invasive
<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Nefrologo con attività invasive
<input type="checkbox"/> Andrologo	<input type="checkbox"/> Neolaureato (***)
<input type="checkbox"/> Anestesia e rianimazione	<input type="checkbox"/> Neurochirurgo
<input type="checkbox"/> Angiologo	<input type="checkbox"/> Neurofisiopatologo
<input type="checkbox"/> Angiologo con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Neurologo
<input type="checkbox"/> Assistente di Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Neurologo con atti invasivi
<input type="checkbox"/> Assistente Medico di supporto tecnico/amministrativo	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatra
<input type="checkbox"/> Audiologo	<input type="checkbox"/> Oculistica con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Biochimica e chimica clinica	<input type="checkbox"/> Oculistica senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Biologo	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia con implantologia
<input type="checkbox"/> Bionaturopata	<input type="checkbox"/> Odontoiatria e stomatologia senza implantologia
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Omeopata
<input type="checkbox"/> Cardiologia Interventista (invasiva)	<input type="checkbox"/> Oncologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Cardiologo Clinico	<input type="checkbox"/> Oncologia senza interventi chirurgici

<input type="checkbox"/> Chiropratico	<input type="checkbox"/> Operatore Socio-Sanitario
<input type="checkbox"/> Chirurgia d'urgenza e 118	<input type="checkbox"/> Optometrista
<input type="checkbox"/> Chirurgia della mano	<input type="checkbox"/> Ortesista/Protesista
<input type="checkbox"/> Chirurgia gastroenterologica	<input type="checkbox"/> Ortopedia (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Chirurgia generale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia maxillofacciale	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia con interventi chirurgici (inclusi spinali)
<input type="checkbox"/> Chirurgia minore (medicina di base)	<input type="checkbox"/> Ortopedia e traumatologia senza interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Chirurgia toracica	<input type="checkbox"/> Ortopedista
<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Ortottista
<input type="checkbox"/> Consulente della riabilitazione	<input type="checkbox"/> Osteopata
<input type="checkbox"/> Cosmetologo	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria
<input type="checkbox"/> Dermatologo e Venereologo	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria con interventi chirurgici
<input type="checkbox"/> Diabetologo	<input type="checkbox"/> Patologo clinico
<input type="checkbox"/> Dietologo/Nutrizionista/Dietista	<input type="checkbox"/> Pedagoga
<input type="checkbox"/> Dottore in Farmacia	<input type="checkbox"/> Pediatra (chirurgia minore)
<input type="checkbox"/> Ematologo	<input type="checkbox"/> Pediatra (esclusa neonatologia e pediatria chirurgica)
<input type="checkbox"/> Endocrinochirurgia	<input type="checkbox"/> Pediatria chirurgica
<input type="checkbox"/> Endocrinologo e malattie del ricambio	<input type="checkbox"/> Pediatra inclusa estensione alla Neonatologia (esclusa Pediatria Chirurgica)
<input type="checkbox"/> Epatologo	<input type="checkbox"/> Perfusionista
<input type="checkbox"/> Epidemiologo/Biologo-statistico/Igiene e Medicina preventiva	<input type="checkbox"/> Personal trainer
<input type="checkbox"/> Erborista	<input type="checkbox"/> Podologo
<input type="checkbox"/> Estetista	<input type="checkbox"/> Pranoterapeuta
<input type="checkbox"/> Fisiatra	<input type="checkbox"/> Psichiatra/Clinica Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Fisico Medico	<input type="checkbox"/> Psicoanalista
<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Psicologo/Psicologo Clinico
<input type="checkbox"/> Foniatra	<input type="checkbox"/> Psicoterapeuta
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Radiologia interventistica
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia (chirurgia minore e endoscopia digestiva)	<input type="checkbox"/> Radiologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Geriatra	<input type="checkbox"/> Reumatologo
<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia senza assistenza al parto senza interventi	<input type="checkbox"/> Riflessologo
<input type="checkbox"/> Ginecologia senza ostetricia con interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Senologia
<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici	<input type="checkbox"/> Soggetto che eroga attività ricreativa per i pazienti
<input type="checkbox"/> Igienista dentale	<input type="checkbox"/> Sonografista / Ecografista
<input type="checkbox"/> Immunologo	<input type="checkbox"/> Specializzando (fino al 34° anno di età)
<input type="checkbox"/> Informatore scientifico della salute	<input type="checkbox"/> Tecnico Addetto di Farmacia
<input type="checkbox"/> Ingegnere biomedico	<input type="checkbox"/> Tecnico Audiometrista
<input type="checkbox"/> Kinesiology	<input type="checkbox"/> Tecnico Audioprotesista
<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Tecnico degli ultrasuoni
<input type="checkbox"/> Malattie dell'apparato respiratorio/Pneumologo	<input type="checkbox"/> Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro
<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
<input type="checkbox"/> Infettivologo	<input type="checkbox"/> Tecnico di medicina nucleare
<input type="checkbox"/> Massofisioterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico di Neurofisiopatologia
<input type="checkbox"/> Massoterapista	<input type="checkbox"/> Tecnico ECG
<input type="checkbox"/> Medicina nucleare	<input type="checkbox"/> Tecnico nell'alimentazione Dietetica
<input type="checkbox"/> Medico che esegue diagnosi chimiche, ematologiche, immunologiche	<input type="checkbox"/> Tecnico Ortopedico
<input type="checkbox"/> Medico codificatore di storia clinica del paziente	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico
<input type="checkbox"/> Medico Competente/Ispettore Sanitario/Medicina del lavoro	<input type="checkbox"/> Tecnico Sanitario di Radiologia Medica
<input type="checkbox"/> Medico d'urgenza e 118	<input type="checkbox"/> Terapista del lavoro
<input type="checkbox"/> Medico dello sport	<input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva

<input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale o Medico Generico	<input type="checkbox"/> Terapista Occupazionale
<input type="checkbox"/> Medico Internista	<input type="checkbox"/> Terapista Shiatsu
<input type="checkbox"/> Medico Internista con atti invasivi	<input type="checkbox"/> Tossicologo
<input type="checkbox"/> Medico Legale	<input type="checkbox"/> Tossicologo Ambientale
<input type="checkbox"/> Medico specializzando	<input type="checkbox"/> Urologia (non invasiva)
<input type="checkbox"/> Medico Terapista della respirazione	<input type="checkbox"/> Urologia

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

INFORMAZIONI:	
SINISTRI NEGLI ULTIMI 5 ANNI (denunciati e/o risarciti):	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	
N. sinistri (*) _____	
<i>I. Data scoperta</i> _____	Controparte _____
Eventuale somma liquidata _____	Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)
Eventuale somma reclamata _____	_____
Breve descrizione del danno _____	

<i>II. Data scoperta</i> _____	Controparte _____
Eventuale somma liquidata _____	Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)
Eventuale somma reclamata _____	_____
Breve descrizione del danno _____	

<i>III. Data scoperta</i> _____	Controparte _____
Eventuale somma liquidata _____	Eri assicurato? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI (Indicare l'Assicuratore)
Eventuale somma reclamata _____	_____
Breve descrizione del danno _____	

(*) Per sinistri in numero maggiore di 3 (TRE) rivolgersi all'Agenzia

FATTI NOTI O CIRCOSTANZE:

qualsiasi elemento o fatto suscettibile di causare una richiesta di risarcimento da parte di un terzo venuto a conoscenza dell'assicurato mediante comunicazione formale con mezzo idoneo a garantire la certezza della data e la conservabilità della documentazione.

NO SI N. fatti noti o circostanze _____ (breve descrizione)

i. Data comunicazione formale del reclamante _____ Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? NO SI (Indicare l'Assicuratore) _____

Breve descrizione del danno _____

ii. Data comunicazione formale del reclamante _____ Controparte _____

Eventuale somma reclamata _____ Eri assicurato? NO SI (Indicare l'Assicuratore) _____

Breve descrizione del danno _____

NOTA BENE: Si precisa che i sinistri già manifestati e riportati nell'elenco di cui sopra, nonché quelli eventualmente conseguenti ai fatti noti e circostanze riportate in questo questionario, non rientreranno in alcun modo nelle garanzie prestate dalla polizza che si intende stipulare.

Data FIRMA DELL'ASSICURATO

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo "Mod. 114 19 Set Informativo RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 21.12.2020" prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel "Mod. 414 19 Condizioni di Assicurazione RCG PROFESSIONE MEDICA - Ed. 21.12.2020" e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway European Insurance DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa Polizza Collettiva;
- (C) Formulazione temporale dell'Assicurazione "Claims Made";
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data FIRMA DELL'ASSICURATO

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento Mod. 507 20 Informativa Privacy - Ed. 20.02.2020 "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Sensibili, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway European Insurance DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Data

L'ASSICURATO

APPLICAZIONE TARIFFA GINECOLOGIA E OSTETRICIA

1. Aggiornamento delle Specialità Mediche Assicurabili inerenti a Ginecologia e Ostetricia

Con il presente allegato, vengono sostituite le Specialità Mediche Assicurabili e relative tariffe per massimale riportate nella **TABELLA "A" – Specialità Mediche Assicurabili Eliminate** di cui sotto, di cui all'Allegato 1-bis inerenti all'Area Medica di Ginecologia e Ostetricia, con le Specialità Mediche Assicurabili e relative tariffe per massimale riportate nella **TABELLA "B" – Specialità Mediche Assicurabili Integrate**.

TABELLA "A" – Specialità Mediche Assicurabili Eliminate

Specialità Mediche Assicurabili

(indicare con una "X" l'attività esercitata ed il massimale scelto)

Il premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato:

	MASSIMALI (in €)		
	<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000	<input type="checkbox"/> 3.000.000
<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Ginecologia e ostetricia senza assistenza al parto senza interventi chirurgici			
<input type="checkbox"/> Ginecologia senza ostetricia con interventi chirurgici			

TABELLA "B" – Specialità Mediche Assicurabili Integrate

Specialità Mediche Assicurabili

(indicare con una "X" l'attività esercitata ed il massimale scelto)

Il premio annuo, tasse incluse, è calcolato in funzione del limite di indennizzo scelto dall'Assicurato:

	MASSIMALI (in €)		
	<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000	<input type="checkbox"/> 3.000.000
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	€ 4.536,00	€ 5.536,00	€ 6.954,00
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (esclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	€ 5.909,00	€ 7.350,00	€ 9.394,00
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (inclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici	€ 7.386,25	€ 9.187,50	€ 11.742,50
<input type="checkbox"/> Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA	€ 8.851,00	€ 11.218,00	€ 14.574,00
<input type="checkbox"/> Ginecologia con interventi chirurgici incluso taglio cesareo in elezione	€ 13.407,00	€ 18.720,00	€ 23.779,00
<input type="checkbox"/> Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici	€ 22.982,00	€ 38.010,00	€ 46.605,00

2. Precisazioni relative all'applicazione delle tariffe di Ginecologia e Ostetricia

A fine esemplificativo – e non esaustivo – si riporta di seguito l'elenco delle prestazioni comprese nelle nuove categorie di Ginecologia e Ostetricia. Si richiede di contattare la Società per chiarimenti relativi ad attività non incluse nel presente elenco.

1 - Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi senza assistenza al parto senza interventi chirurgici

- Visita ginecologica (prima visita e di controllo);
- Ecografie ginecologiche I livello;
- Pap Test;
- Inserzione e rimozione I.U.D. (o spirale);
- Visite Ostetriche;
- Ecografia ostetrica I trimestre;
- Ecografia ostetrica II trimestre (morfologica);

- Ecografia ostetrica III trimestre (di accrescimento);
- NIPT (non-invasive prenatal test) o Test Panorama;
- Esami in gravidanza;
- Screening e diagnosi del diabete gestazionale;
- Tampone SGB;
- Sonosalpingografia.

2 - Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (esclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici

- **Tutte le prestazioni incluse nella categoria precedente.**
- Ecografie ginecologiche II livello;
- Colposcopia;
- Biopsia;
- Conizzazione;
- Vulvoscopia;
- Isteroscopia diagnostica;
- Amniocentesi;
- Traslucenza nucale e Bi test;

2B - Ginecologia e Ostetricia Ambulatoriale con atti invasivi (inclusa PMA) senza assistenza al parto senza interventi chirurgici

- **Tutte le prestazioni incluse nella categoria precedente.**
- Fecondazione Eterologa;
- Fecondazione Omologa;
- ICSI;
- GIFT;
- IMSI;
- PGD/PGS (Diagnosi genetica pre-impianto);
- Fisiopatologia della sterilità di coppia.

3 - Ginecologia senza Ostetricia con interventi chirurgici e PMA

- **Tutte le prestazioni incluse nelle categorie precedenti**
- Villocentesi;
- Trattamento chirurgico delle neoplasia;
- Isterectomia e Isteroresezione;
- Cutterage (Raschiamento e/o Isterosuzione);
- sterilizzazione tubarica;
- Ringiovanimento vaginale chirurgico.
- Procreazione medicalmente assistita (PMA);
- Fecondazione Eterologa;
- Fecondazione Omologa;
- ICSI;
- GIFT;
- IMSI;
- PGD/PGS (Diagnosi genetica pre-impianto);
- Fisiopatologia della sterilità di coppia.
- Studio della Patologia in Gravidanza, inteso come consulenza mirata alla ricerca dell'iter diagnostico-terapeutico inerente alle patologie sotto menzionate:
 - Patologie immunologiche: Lupus con anticorpi ENA, anti SSA e anti SSB (anti-Ro e anti-La); Artrite reumatoide in scompenso; Miastenia gravis; Diabete di tipo 1.
 - Patologie Cardiologiche: Cardiomiopatia; Sindrome di Marfan; Stenosi valvolari severe; Ipertensione polmonare.

- Patologie neurologiche: tumori cerebrali.
- Patologie scheletriche: nanismo.

4 - Ginecologia con interventi chirurgici incluso taglio cesareo in elezione

- **Tutte le prestazioni incluse nelle categorie precedenti**
- Taglio cesareo in elezione;
- Trattamento medico della gravidanza extrauterina (GEU).
- Isterectomia laparoscopica.

5 - Ginecologia e Ostetricia con assistenza al parto e interventi chirurgici

- **Tutte le prestazioni incluse nelle categorie precedenti**
- Assistenza al parto fisiologico;
- Trattamenti specializzati per le gravidanze a rischio di complicanze materne, fetali e ostetriche, procedure fetali in utero: funicolocentesi, trasfusioni fetali, shunt vescico-amniotici e toraco-amniotici.
- Taglio cesareo d'urgenza;

IL CONTRAENTE

INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE E LIQUIDATIVE

ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003,
come novellato dal D. Lgs 101/2018 ("Codice Privacy")
Mod. 507 20 Informativa Privacy - Ed. 20.02.2020

Ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 (di seguito anche "GDPR") ed in relazione ai dati personali, anche di natura particolare, richiesti o acquisiti da Lei direttamente o da altri soggetti che formeranno oggetto di trattamento da parte del Titolare del trattamento - **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, Rappresentanza Generale per l'Italia (in seguito definita "BHItalia®"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative e/o della gestione di reclami e sinistri. Tutti i dati personali vengono trattati da BHItalia® nel rispetto della normativa GDPR. Sono riportate di seguito le principali tipologie ed alcuni esempi di dati personali che potranno essere soggetti al trattamento:

- dettagli individuali (nome, indirizzo, dati anagrafici o informazioni personali);
- dettagli identificativi (codice fiscale, passaporto, carta di identità);
- informazioni finanziarie (numero di conto corrente o altre informazioni finanziarie);
- informazioni personali utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri;
- altri dati particolari (salute, etnia, orientamento politico o religioso, dati biometrici).

Il trattamento è finalizzato:

- all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza e controllo;
- alla istruzione ed alla liquidazione dei sinistri;
- alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- alla costituzione, all'esercizio o alla difesa di diritti dell'assicuratore;

Previo Suo espresso e libero consenso, riferito, se del caso, oltre che ai suoi dati personali comuni, anche ai Suoi dati personali di natura particolare (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti nella documentazione medica e nelle perizie mediche), La preghiamo di sottoscrivere la relativa formula apposta in calce alla presente Informativa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.
- II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate da **BHItalia®** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti indicati nella presente informativa al punto 6. a cui i dati vengono/devono essere comunicati. I dati personali potranno essere comunicati e trasferiti a soggetti aventi la facoltà di accedere ai suddetti dati personali a seguito di disposizioni di Legge e di normativa secondaria, ovvero di disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge. I dati potranno essere trattati anche da società di servizi informatici o telematici o di archiviazione (operanti anche all'estero nell'ambito dell'Unione Europea o in paese terzi rispetto all'Unione Europea) incaricate altresì della manutenzione della rete aziendale e/o delle apparecchiature hardware e/o software in uso, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge anche con riguardo alle misure di sicurezza a protezione dei dati.

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario a perseguire la finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali sono conservati fino a quando c'è la possibilità che **BHItalia®** o gli interessati possano far valere un diritto previsto dalla polizza assicurativa, oppure laddove fosse imposto da disposizioni normative o da un'Autorità di Controllo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali può comportare l'impossibilità, in tutto o in parte, di istruire e di liquidare il sinistro o di eseguire una delle altre finalità assicurative indicate al punto 1.

6. COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI

Nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi ed alle finalità indicate al punto 1, i Suoi dati personali potranno essere comunicati alla Sede Legale della Società (8 Fenchurch Place, EC3M 4AJ London, United Kingdom) ove necessario per finalità correlate a quelle del Titolare, a banche ed istituti di credito, e potranno o dovranno, a seconda dei casi, essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica operanti in Italia o all'estero come autonomi titolari costituenti la c.d. "catena assicurativa".

I dati personali potranno essere condivisi al di fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE), dove le leggi sulla privacy potrebbero differire da quelle vigenti in Europa. In tal caso, il trattamento dei dati personali avverrà sempre nel rispetto della protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dalla normativa GDPR.

Il Titolare assicura che il trasferimento dei dati extra-UE viene realizzato in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si elencano i principali soggetti terzi cui potranno essere comunicati i dati: assicuratori eventualmente coinvolti nelle attività di liquidazione delle stesse pratiche di sinistro, coassicuratori e riassicuratori, intermediari, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione e organismi assicurativi (ANIA ed imprese di assicurazione ad essa associate); Ministero del Lavoro e dello Sviluppo Economico ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni; istituti di credito (limitatamente all'attività di pagamento di indennizzi o risarcimenti); periti, medici legali, avvocati, consulenti in genere; prestatori d'opera o società di servizi coinvolte nella erogazione dei servizi di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri (ad es. officine, società di assistenza, ospedali o cliniche; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali); organismi consortili, associazioni ed enti del settore assicurativo che operano secondo norme di legge nell'ambito della liquidazione dei sinistri, IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, società di servizi informatici, di archiviazione ed altri servizi di natura amministrativa e/o tecnico organizzativa; altre società del Gruppo **Berkshire Hathaway** presenti in paesi dell'Unione Europea ovvero in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa GDPR prevede che l'interessato potrà esercitare i Suoi diritti al fine di:

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;
- ottenere informazioni sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato tramite l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere informazioni relative ai soggetti a cui i dati personali sono stati comunicati;
- aggiornare e rettificare i dati personali;
- revocare il consenso, oppure ottenere la cancellazione dei dati personali, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi qualora vi fosse una violazione nel trattamento;
- richiedere la portabilità ad un altro soggetto;
- ottenere il diritto di limitazione del trattamento dei dati personali;
- opporsi al trattamento dei dati personali per legittimi motivi.

In qualsiasi momento, il soggetto interessato può esercitare nei confronti del Titolare e del Responsabile per la Protezione dei dati personali (DPO) i diritti previsti dalla normativa GDPR, inviando un'apposita richiesta per iscritto al seguente indirizzo e-mail:

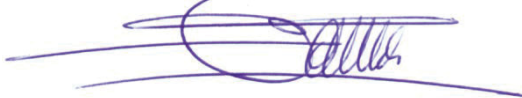
8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHItalia®**, con sede in Milano, Corso Italia 13.(PEC: bh-italia@legalmail.it).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Il Rappresentante Generale,



CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

preso atto dell'Informativa che **BHItalia®** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy **autorizza** il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Data _____ Firma _____

Conferma ricezione di:

- **informativa precontrattuale**
- **set informativo**
- **dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali**

.....
Data e Luogo

Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
Il contraente/assicurato

In ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo della/e polizza/e richiesta/e.**

.....
Il contraente/assicurato

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- _____ **acconsento*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;
* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
Il contraente/assicurato